

指定（介護予防）福祉用具貸与理由書

原則として、福祉用具貸与開始日までに市役所へ提出してください。（大幅に遅延した場合、遡っての保険算定ができない可能性があります。）
※審査に2週間程度要するため、余裕をもって提出してください。

（介護予防）サービス計画に指定（介護予防）福祉用具貸与届出します。

2026年 10月 13日

居宅介護支援事業所名 門真ケアプランセンター 事業所番号 277XXXXXXX

担当者 門真 太郎 電話番号 06-6902-XXXX

変更になる場合も提出が必要

89

「見間違い」 ※詳しくはお問合せください

元々は「要介護2以上」を見込み、通常の給付として利用開始していたが、想定に反して「要介護1以下（例外給付の対象）」の認定結果が出た場合、**要介護2以上の暫定プランの添付**により遡って保険算定が可能な場合があります。

住 所	〒571-8585 門真市中町1-1
生年月日	M・T・S 年 月 日（ 歳）
要介護度等	☐ 要支援1 ☒ 要支援2 ☐ 要介護1（ ☐ 要介護2 ☐ 要介護3）・見込み
認定有効期間	年 月 日～年 月 日 →見込みの場合、上の欄の「見込み」と介護認定を確認し、この欄は空欄で良いです
福祉用具貸与開始予定日	2026年 10月 15日～

更新の場合は「更新後の認定有効期間の初日」を正確に記入してください。

【必要な福祉用具の種類】 ※必要な貸与品目に○を付ける

☒	車いす及び車いす付属品	認知症老人徘徊感知機
☐	特殊寝台・特殊寝台付属品	

内・外で用途の必要性が市で認められる場合のみ同一品目での貸与は可能

【医師確認日の重要チェックポイント】

医師への確認日は、「サービス担当者会議開催日（10/15）」より前、または同日でなければなりません。
（日付：主治医確認 ≤ 担当者会議 ≤ 貸与開始）

【サービス担当者会議開催日】	2026年 10月 15日			
主治医	医療機関	門真中央病院	主治医	門真 医師
医師の医学的所見確認日：		2026年 10月 12日		
確認方法：		医師より聴取・主治医意見書・診断書・その他（ ）		

医師より聴取：ヒアリングした日付（支援専門員が、医師から情報を得て記入してください。）

医師の医学的所見	① 例外的貸与基準の適用 ☒ 疾病その他の原因 94号告示第31号の ☐ 疾病その他の原因 該当することが確認 ☐ 疾病その他の原因 から第94号告示第31号 ② 原因となる疾病等 パーキンソン病（ヤールの重症度ステージⅢ）、変形性膝関節症 ③ 当該利用者の具体的状態像 主治医（門真医師）より、パーキンソン病の進行に伴う「すくみ足」や、薬が切れる時間帯での「不随意運動（ジスキネジア）」が日中頻繁に見られ、歩行時に前方へ突進する傾向が非常に強い。そのため、屋内・屋外ともに一人での歩行は前方転倒による大腿骨骨折などの重篤な危険性が極めて高い状態にあるとの所見を得た。また、変形性膝関節症による両膝の慢性痛もあり、支持物なしの自立歩行は著しく困難であると判断されている。
----------	--

不承認例：「歩行困難のため」「転倒の危険があるため」といった、主観的で短い曖昧な理由は不可。
承認例：主治医から得た「客観的な医学的所見」を基に、「どのような病状・状態」により、「どのような重大な危険（骨折、寝たきり等）」があるのかを論理的に記載してください。

以下のA～C全ての欄に貸与したい福祉用具に関する記載があるか →記載内容に齟齬(特殊寝台を貸与したいのに車いすの内容になっている)がないよう記載してください。		門真 太郎) 門真ケアプランセンター) でケアプランの原案作成を委託している場合は、委託先のケアマネジャーについて記載すること。	
サービス担当者会議の意見	【サービス担当者会議出席者】		
	☐ 本人 ☒ ケアプラン作成担当者		
	☒ 家族、同居人 ☒ 福祉用具相談員		
	☐ 主治医 ☒ サービス提供事業者		
右記の項目については、「サービス担当者会議の要点」等から読み取れる場合は、それらの添付に替えることができる。	【福祉用具相談員の意見】		
	利用者の突進傾向から、一般的なキャスター付きシルバーカーでは、自走して進んでしまいブレーキ制御が追いつかず転倒を助長する危険性がある。車いす類（歩行車）に分類される「抑速ブレーキ機能付歩行車（抑速の強弱調整可）」を選定することで、安全なすべり出し防止と前傾姿勢の保持を両立し、自宅周辺での安全な移動能力を確保することを提案する。		
	福祉用具相談員氏名（ 門真 花子 ）		
	福祉用具貸与事業所名（ 門真スワロー ）		
B	【サービス担当者の意見の要約】		
	・訪問看護師：「投薬の効果が出ているオン時と、切れているオフ時での動作格差が激しい。本人が移動を諦めて寝たきりになるのを防ぐため、本機器で安全に動ける経路を確保すべき。」 訪問介護管理者：「ご家族が不在となる日中帯での移動の安全性確保のために、機器の導入に強く賛同する。」		
	【本人・家族の意向】		
	本人：「足がすくんで前に転ぶのが怖いのが、なるべく自分の力でトイレまで行きたい。」 家族（長女）：「日中仕事で留守にする時間、一人で歩いて転んで大怪我をしないかヒヤヒヤしている。機器を借りて少しでも安全に暮らしてほしい。」		
主治医から得た情報やサービス担当者会議等の結果を踏まえたケアプラン作成担当者の意見	C		
	本人は自宅での尊厳ある自立移動を望んでいるが、パーキンソン病のすくみ足・突進傾向による前方転倒および大腿骨骨折（寝たきり化）の危険性が極めて高い。 サービス担当者会議において、主治医の「突進歩行への制動支援必要」との意見をふまえ、通常の歩行器ではなく制動力の優れた「抑速ブレーキ付歩行車」の例外貸与が妥当であるとの合意に至った。 本機器を導入することでリスクを抑えつつ、活動性を維持した安全な在宅療養生活を継続するため、プランへ位置付ける。		

【地域包括支援センター確認欄】

確認年月日	年 月 日
確認印	門真第 包括
※地域包括から原案作成の委託を受けている場合	

【門真市確認欄】

確認年月日	年 月 日
印	

- (注) 1. 本理由 認定の更新又は要
すること
2. 本理由 の写しをサービ
において くこと。
3. 後日、 容により、居宅介護支援計画書の提出を求めることがあります。

💡【チェックポイント】 単に「〇〇が必要と判断する」というケアマネ個人の結論だけでなく、「①主治医の意見」「②担当者会議の協議結果」「③本人・家族の意向」の3点を踏まえ、総合的に例外給付が必要だと判断したプロセスが記載されているかを審査します。

居宅介護支援事業所が要支援者のプランを委託されている場合、**提出前に必ず委託元の地域包括支援センターの確認印（確認済みのサイン等）**が必要です

2024.4 改正